

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

André-Pierre BOURGEOIS

né le 12 Février 1915, à Montluçon (Allier)



Contribution
au diagnostic des Torsions de Trompe



Président : L. TANNON, Professeur

TOULOUSE
IMPRIMERIE DE LA GARONNE
56, Rue des Fontaines, 56

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

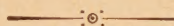
Année 1939

N°

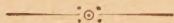
THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

André-Pierre BOURGEOIS

né le 12 Février 1915, à Montluçon (Allier)



Contribution
au diagnostic des Torsions de Trompe



Président : L. TANNON, Professeur



TOULOUSE
IMPRIMERIE DE LA GARONNE
56, Rue des Fontaines, 56

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONIVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HAVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale.	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHÉRY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique cardiologie.	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale.	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY.	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.).	Pathologie médicale.
BERNARD (E).	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BOULIN.	Pathologie médicale.
BULLIARD.	Histologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
COSTE.	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
FEY.	Urologie.
FUNCK.	Pathologie chirurgicale.
GAILLARD.	Parasitologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES.	Pathologie médicale.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON.	Hygiène.
LACOMME.	Obstétrique.
LANTUEJOUIL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LAVIER.	Parasitologie.
LELONG.	Pathologie médicale.
LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MANEGAUX.	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET.	Pathologie médicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
RENARD.	Ophthalmologie.
RICHET.	Physiologie.
SENÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
TURPIN.	Pathologie médicale.
VIGNES.	Obstétrique.
WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET.	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ.	Obstétrique.
VAUDESCAL.	Pathologie chirurgicale.

IV. AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

MM.

ALAJOUANINE.	} Clinique médicale
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR- VALLÉRY RODT	
SÉZARY.	

MM.

BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.

ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLE.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR FRANÇOIS DAINVILLE

Médecin à l'Hôpital départemental de la Seine.

Qui nous a toujours témoigné
dans son service la plus chaude
sympathie et qui nous a guidé dans
notre travail.

AU DOCTEUR MARCEL SÉNÉCHAL

Chirurgien à l'Hôpital départemental de la Seine.

Dans le Service duquel nous
avons pu puiser les documents de
cette thèse.

AU DOCTEUR SERGE BLANGUERNON

Qui nous a donné l'idée de ce tra-
vail.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Qui nous a fait le grand honneur
de bien vouloir présider cette thèse.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE CLERMONT-FERRAND.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

A TOUS MES CAMARADES DE LA SALLE DE
GARDE DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE
LA SEINE

Jamais nous ne regretterons assez
d'avoir été prématurément arraché à
nos camarades. Nous garderons un
inaltérable souvenir des merveilleux
moments passés parmi eux. Puis-
sions-nous bientôt être tous à nou-
veau réunis.

Introduction

Au cours de notre internat, nous avons eu l'occasion de recueillir ou d'observer personnellement plusieurs cas d'une affection chirurgicale relativement rare, se traduisant par un syndrome péritonéal aigu, d'un diagnostic toujours difficile et dont la sanction thérapeutique est l'intervention chirurgicale d'urgence sous peine de voir évoluer les pires complications dont les principales sont les hémorragies, la suppuration, la péritonite généralisée.

Nous allons donc étudier quelques observations assez instructives, nous ferons un court essai de pathogénie et nous nous attacherons à préciser certains signes que l'on retrouve presque constamment et qui permettront, dans certains cas, de poser un diagnostic précis.

Définition

Nous entendrons par torsion de trompe de Fallope, la torsion de la trompe sur elle-même, en opposition avec la torsion des annexes autour de leur pédicule vasculaire.

Nous n'envisagerons dans ce travail que la torsion intra-abdominale de la trompe macroscopiquement saine, à l'exclusion des torsions survenant au cours de la grossesse et de celles se produisant dans un sac herniaire.

Les Observations

Examinons maintenant les observations que nous avons pu recueillir dans le Service de chirurgie de la Maison départementale de Nanterre.

OBSERVATION I

(D^r SÉNÉCHAL.)

Nous nous trouvons en présence d'une jeune femme de 22 ans, sans aucun passé gynécologique, dont les règles ont toujours été régulières et normales. Jamais de pertes blanches; dans les intervalles, santé générale parfaite.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux dignes d'être notés.

Dans la nuit du samedi au dimanche sont apparues les règles, à leur date normale et sans aucun symptôme anormal.

Le dimanche matin, cette jeune femme vaque à ses occupations, lorsque, vers 11 heures, apparaissent des douleurs extrêmement violentes dans le bas-ventre qui obligent la malade à s'aliter.

Les douleurs ne faisant que s'accroître, elle appelle son médecin qui la fait transporter d'urgence à l'hôpital, sans avoir posé de diagnostic précis.

A ce moment (14 heures), elle présente un faciès pâle, angoissé et une tendance très marquée à la syncope.

La température est à 37°,8; le pouls à 130.

L'état d'agitation est extrême et la douleur est telle, que toute palpitation de l'abdomen est impossible, la malade poussant des cris au moindre contact.

On ne pose pas d'autre diagnostic que celui de syndrome péritonéal grave avec vraisemblablement hémorragie interne. On décide d'intervenir.

Opération 16 heures). — Après anesthésie générale à l'éther, on fait une laparotomie médiane, curviligne selon la technique employée dans le Service du D^r SÉNÉCHAL.

L'abdomen ouvert, on trouve la partie inférieure de l'abdomen et tout le petit bassin entièrement occupés par une masse violacée divisée vers la partie médiane par un sillon et qui donne tout d'abord l'impression d'un volvulus d'anse grêle.

Explorée et amenée avec précaution hors de l'abdomen, on est tout d'abord surpris de constater qu'un ovaire accompagne une moitié de la masse alors que l'autre moitié est restée en place et en se repérant sur l'utérus auquel la masse aboutit, on constate qu'on est en présence d'une trompe tordue à un centimètre environ de son insertion utérine et du volume d'un poing.

L'utérus et l'ovaire apparaissent rigoureusement sains.

On pratique la libération et la résection de la trompe droite avec conservation de l'ovaire. Enfouissement du moignon dans un repli péritonéal.

L'autre masse s'impose comme étant la trompe gauche et le même traitement est appliqué.

Dans la cavité abdominale, sérosité sanguine, mais peu abondante.

L'abdomen est refermé sans drainage.

L'examen intra-abdominal des ovaires et d'un utérus de consistance et de couleur rigoureusement normales font éliminer toute idée d'infection préexistante.

L'examen ultérieur des voies génitales inférieures n'a permis de déceler aucune trace d'infection actuelle ou ancienne.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Suites opératoires simples.

La malade se lève au huitième jour et quitte l'hôpital le dixième.

Les règles reparaissent à leur date normale et se renouvellent avec la plus grande régularité, une abondance et une durée rigoureusement normales.

OBSERVATION II

M^{me} Gr... (R.), 43 ans.

Entrée dans le Service où elle est envoyée par le D^r M... qui avait été appelé en consultation.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; dans les antécédents personnels, on ne trouve pas de maladie de la première enfance, mais la malade dit avoir été toujours une enfant délicate.

Réglée tardivement à 17 ans, elle a depuis des règles normales, indolores.

A 25 ans, elle a eu un fils; tout se passe très bien.

En 1927, elle présente des métrorragies et elle est soignée à l'hôpital Beaujon pour métrite hémorragique et on lui fait un curetage.

Première crise. — Il y a deux ans environ, sans

aucun symptôme prémonitoire à la fin de ses règles (exactement quarante-huit heures après le début de celles-ci), M^{me} Gr... est réveillée la nuit par une douleur atroce lui arrachant des cris accompagnés de vomissements.

Le D^r M..., appelé dans la nuit, calme M^{me} Gr... par une injection de morphine. Aucun diagnostic n'est porté.

Le lendemain, la crise était terminée.

Les règles suivantes furent indolores mais très peu abondantes.

Deuxième crise. — Trois mois après, dans des circonstances absolument semblables (la nuit, à la fin des règles, crise absolument identique.

Troisième crise. — Diurne un an après.

Quatrième crise. — Le 17 juin 1939, M^{me} Gr... se lève vers 8 heures et s'apprête à ses occupations; elle se trouve une fois de plus à la fin de sa période menstruelle.

A 8 h. 15, elle doit se jeter sur son lit en proie à une douleur terrible siégeant dans la fosse iliaque droite, qui lui arrache des hurlements. Elle vomit. On applique, en vain, des compresses laudanisées.

Le D^r M..., est appelé d'urgence, donne un lavement laudanisé et une piqûre de morphine sans résultat. On met de la glace; la douleur se calme un peu. Mais, le lendemain matin, elle reprend et c'est alors qu'elle est amenée à l'hôpital.

La température est à 37°; le pouls à 80.

L'utérus est en position normale, de taille et de consistance normales.

Le cul-de-sac droit est occupé par une masse de la grosseur d'une petite orange et de consistance dure, à peine douloureuse et séparée de l'utérus par un sillon.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu est posé et l'on opère.

On fait une très large incision transversale sus-pubienne.

A l'ouverture du ventre, on trouve, recouvert d'adhérences épiploïques et intestinales, une masse de la grosseur d'une tête d'enfant de 3 ans. On pense à un kyste de l'ovaire. Cette masse est facilement libérée à la compresse de ses adhérences et énucléée.

On s'aperçoit alors qu'il s'agit d'un énorme kyste salpingien gauche dont le pédicule est plusieurs fois tordu sur lui-même à sa base, torsion dans le sens des aiguilles d'une montre.

Ablation de ce kyste avec l'ovaire gauche.

L'utérus présente trois ou quatre fibromes allant de la taille d'une prune à celle d'une mandarine.

Hystérectomie sub-totale par procédé classique. Evidemment du col. L'appendice est long et rouge et est enlevé.

OBSERVATION III

M^{me} M..., ménagère, 56 ans.

Cette femme nous est adressé par le D^r M..., de Nanterre, le 9 avril 1938, pour appendicite aiguë.

La crise remonte au 7 avril. Douleur très nette à droite dans la fosse iliaque avec maximum au point de Mac Burney. Vomissements. Température élevée.

Cette douleur s'accroît, dit la malade au moindre mouvement.

L'examen est difficile chez cette malade obèse (92 kg.).

Le ventre respire mal, la palpitation exacerbe une douleur atroce dans la fosse iliaque droite; une défense musculaire qui intéresse surtout semble-t-il les muscles obliques, avec sensation de gâteau abdominal.

Le toucher vaginal, extrêmement difficile, ne décèle qu'un col gros, la mobilisation de l'utérus est douloureuse et l'on n'arrive pas à travers l'épaisse paroi adipeuse à reconnaître le corps utérin.

La température est à 39°; le pouls bat à plus de 100 pulsations-minute.

On pose alors le diagnostic d'abcès appendiculaire et l'on décide de refroidir la malade : glace sur le ventre et sérum glucosé en goutte à goutte intra-rectal sont appliqués.

En cinq jours, la température tombe à 38°; à la fin de la semaine, elle est à 37° et s'y maintient. Le gâteau, dit appendiculaire, diminue très lentement. Les douleurs se sont atténuées également et les vomissements ne se reproduisent plus.

Le 13 mai, de la même année, la malade est opérée.

Reprenons l'interrogatoire de cette malade :

Elle nous apprend qu'elle a été réglée à 16 ans; depuis, règles très régulières, absolument indolores durant quatre à cinq jours.

Se marie à 24 ans; une fausse couche à 26 ans.

Première grossesse normale à 27 ans (une fille).

Deuxième grossesse normale à 29 ans (un fils).

Troisième, une fausse couche à 30 ans.

Quoiqu'il en soit, après toutes ces grossesses achevées ou interrompues, le cycle menstruel s'est toujours parfaitement rétabli. Entre 25 et 45 ans, on ne peut rien signaler de gynécologique.

Bref, pas de passé douloureux, pas d'irrégularité du rythme menstruel jusqu'à 45 ans.

A 45 ans, apparition de caillots dans le sang menstruel, les règles continuant par ailleurs à être indolores et d'une durée normale; pas de leucorrhée.

Jusqu'à 53 ans, le cycle menstruel reste normal, mais les caillots persistent.

A 53 ans, apparaissent de petites douleurs lancinantes dans la fosse iliaque gauche, en même temps que la malade se ménopause complètement et que l'abdomen augmente de volume et devient pesant.

L'exploration nous a montré qu'il s'agissait d'une trompe gauche tordue. Malheureusement, l'examen histologique de la pièce n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION IV

Le 10 juin 1939, nous recevons d'urgence, à l'hôpital une jeune fille de 13 ans et demi qui présente une crise abdominale très aiguë.

Le ventre est ballonné, horriblement douloureux à la palpation avec prédominance de douleurs dans la fosse iliaque droite. Le faciès est angoissé, la température à 37°,4, le pouls à 110.

L'enfant est au début de sa deuxième période cataménial, les premières règles s'étant produites juste un mois auparavant.

Le père est mort de bacillose pulmonaire la mère est bien portante. Pas d'antécédents personnels notables.

Le diagnostic d'appendicite aiguë est porté.

La petite malade est opérée deux heures après.

Laparotomie sus-pubienne demi courbe transversale. On tombe sur un liquide rosé assez abondant dans le péritoine. L'appendice qui est d'aspect normal est cependant enlevé. Mais, par contre, la trompe droite et l'ovaire sont tordus et goulés de sang extravasé; ils sont enlevés.

L'ovaire gauche a subi un début de dégénérescence kystique. On ponctionne ces kystes à la pointe fine du thermo.

Fermeture complète de l'abdomen.

Guérison en huit jours.

OBSERVATION V

M^{me} B... est amenée d'urgence, à 6 heures du matin, le 14 septembre 1938, pour syndrome abdominal aigu.

Nous examinons la malade dès son entrée dans le Service.

Son faciès est anxieux, elle est légèrement décolorée et semble souffrir intensément. Le pouls est rapide : 110, mais bien frappé; la température à 37°,5.

Nous apprenons que la malade a été réveillée brutalement à 4 heures du matin par une douleur violente. Sensation de déchirement dans la fosse iliaque gauche. Son médecin, appelé immédiatement, l'envoie avec le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine probable.

Réglée à 14 ans, mariée à 19 ans, elle a eu un enfant à 21 ans. La grossesse, l'accouchement et les suites obstétricales se sont passées normalement. On ne note aucune fausse couche dans les antécédents et,

par ailleurs, aucun trouble de la menstruation (tant qualificatif que quantitatif).

La malade jusqu'ici n'a jamais présentée de douleurs abdominales. Elle signale néanmoins une leucorrhée banale particulièrement abondante après les règles.

La palpation de l'abdomen montre que celui-ci est souple avec, dans la fosse iliaque gauche, une légère défense (endroit où la palpation réveille une vive douleur).

Le toucher vaginal combiné au palper assez difficile à pratiquer, car très douloureux, montre un col de consistance normale bien centré, le cul-de-sac latéral droit et le Douglas sont librés; le cul-de-sac gauche, sans être comblé, est cependant légèrement empâté, et le toucher vaginal, à ce niveau, arache un cri à la malade très comparable au classique cri du Douglas.

Par ailleurs, le corps utérin paraît de taille normale en légère rétroflexion.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine semble pouvoir être éliminé, par la régularité des règles antérieures et le doigtier revient souillé de sang cataménial peu abondant. Ce sang n'a pas le caractère de sang poisseux, noirâtre habituel aux grossesses extra-utérine. D'autre part, l'état général de la malade correspond davantage à un état de choc, qu'au tableau d'une grande hémorragie interne. La topographie de la douleur élimine le diagnostic d'appendicite aiguë.

L'arrêt des matières et de gaz, encore trop récent, ne permet pas non plus d'affirmer un volvulus.

Devant ce tableau, on ne pose pas un diagnostic précis, mais on pose un diagnostic d'intervention d'urgence.

Après avoir réchauffé la malade (huile camphrée, etc.), on intervient.

Incision transversale curviligne. A l'ouverture du péritoine, on trouve un peu de sérosité sanglante. L'appendice est d'apparence normale et n'est pas enlevé. L'examen de l'utérus et des annexes montre un corps utérin et des annexes droites d'apparence et de coloration normales. Par contre, la trompe gauche prolabée dans le Douglas est énorme turgescence, violacée; l'ovaire, qui présente de nombreux corps jaunes, est gros et polikystique. On extériorise prudemment cette trompe et l'on constate qu'à 3 centimètres de son implantation utérine, elle est tordue trois fois sur elle-même dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre.

Ablation de la trompe et de l'ovaire après ligature du pédicule.

Nettoyage chirurgical du petit bassin; fermeture en trois plans sans drainage.

Suites opératoires absolument normales; la malade quitte l'hôpital, le dixième jour, parfaitement guérie.

Etude des Observations

Ce qui frappe dans ces cinq observations, c'est d'abord que la torsion de trompes peut survenir à tous les âges. Peut-être, le plus souvent, c'est la femme jeune, en pleine activité génitale, qui est frappée, mais on trouve aussi les âges extrêmes. Chez une enfant de 13 ans et demi, à peine pubère, et chez une femme depuis longtemps ménopausée.

La torsion peut se produire aussi souvent à gauche qu'à droite semble-t-il. En général c'est au niveau de l'ampoule tubaire. Dans tous les cas, sauf dans l'Observation I, la torsion est unilatérale.

La torsion bilatérale semble être d'une extrême rareté, puisque, malgré nos recherches à ce sujet, nous n'en trouvons aucun autre cas publié dans la littérature médicale.

En général, le diagnostic n'est pas porté dans nos observations.

Nous voyons successivement plusieurs diagnostics :

- N° 1. — N'est pas porté;
 - N° 2. — Kiste de l'ovaire tordu;
 - N° 3. — Appendicite aiguë;
 - N° 4. — Appendicite aiguë;
 - N° 5. — Grossesse extra-utérine.
-

Diagnosics

D'après ces observations, comment pouvons-nous être aidé à préciser le diagnostic de torsion tubaire.

Diagnostic positif.

1° Dans tous les cas observés, sauf dans celui de la femme ménopausée (n°2), le drame péritonéal s'est produit au décours des règles; les règles précédentes ayant été normales, il semble que ce soit là le facteur déclanchant.

Dans l'Observation IV, il semble que la trompe n'est attendue que l'apparition des règles chez une jeune fille de 13 ans et demi pour se tordre.

2° Dans tous les cas, c'est vraiment l'orage qui éclate dans un ciel serein, sans signes prémonitoires et ceci différencie nettement cette affection de la rupture de grossesse extra-utérine où l'on a pu noter un arrêt ou une irrégularité des règles précédentes, des petits signes sympathiques de grossesse, des petites hémorragies distillantes de sang sépia, de vaques douloureuses abdominales ou pelviennes, la grossesse extra-utérine étant presque une grossesse douloureuse avec état lipothymique.

3° Il y a un état péritonéal avec défense de la paroi et vomissement. Mais cette défense est toujours assez bien limitée au muscle oblique, il y a défense mais rien de comparable avec le ventre de bois des perforations intestinales, par exemple.

4° L'état de choc existe, mais la tension artérielle est toujours normale ou presque; la température aux environs de 37° et le pouls, qui est rapide, est toujours bien frappé.

Dagnostic différentiel.

Il semble que l'on peut résumer le diagnostic différentiel en deux grands chapitres :

1° CELUI DES AFFECTIONS AIGÜES DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

a) *Appendicite aiguë*. — Le siège de la douleur dans le dos d'une torsion de trompe est presque toujours situé un peu plus bas que le point de Mac Burney. La douleur est souvent plus violente que dans l'appendicite, la malade s'agite, se tord, ses douleurs rappellent celles des calculux.

b) *Annexites aiguës*. — Soit crise de salpingite, soit pelvi-péritonite, soit péri-méthro-salpingite. Mais dans ces cas, la température est élevée, continue, les douleurs lancinantes;

c) *La fissuration ou la perforation d'un pyosalpinx*. — On pourra poser ce diagnostic devant une crise pelvienne suraiguë accompagnée d'un état gluciol alarmant. Mais la fièvre est élevée; le pouls extrêmement rapide. La contracture généralisée ventre de bois), l'état de collapsus rapide.

2° CELUI DES AFFECTIONS ANNEXIELLES AIGÜES NON INFLAMMATOIRES.

a) Accidents hémorragiques de la grossesse extra-utérine à type soit d'inondation péritonéale, soit d'avortement tubaire. Nous n'insisterons plus sur ce diagnostic dont nous avons longuement parlé plus haut.

b) Les autres torsions survenues au niveau de l'appareil génital, torsion d'un kyste de l'ovaire, torsion de fibrome très pédiculé, voire même d'un abcès froid tubaire.

Trancher entre ces différents diagnostics gynécologiques qui sont très voisins, nous semble impossible.

Le diagnostic est d'ailleurs sans importance, car seul un diagnostic d'intervention doit être posé.

Etude des lésions constatées à l'intervention

Anatomie pathologique par plans.

En ouvrant, on se trouve presque toujours en présence de sérosité sanglante mais jamais de sang en grande abondance. On élimine ainsi d'emblée une péritonite par perforation (absence de pus) et une rupture de grossesse tubaire (absence d'inondation péritonéale).

Dès la valve sus-pubienne et l'écarteur mis en place, on constate une tuméfaction boudinée, violacée, de la grosseur d'une aubergine de couleur rouge-vineux, tendue érectile qui donne, au premier coup d'œil, l'impression d'une anse grêle valvulée.

Lorsque l'on extériorise prudemment cette masse, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une trompe tordue sur elle-même et toujours dans le sens des aiguilles d'une montre dans les cas observés, torsion qui a, le plus souvent, entraîné l'ovaire, sauf lorsque le méso-salpinx est suffisamment long. Souvent l'organe tordu s'entoure d'une réaction en général peu intense et qui consiste en quelques adhérences de péritonite plastique facile à libérer. La trompe, du côté opposé, peut présenter des anomalies pouvant expliquer les accidents. La trompe peut être longue, flexueuse, tordue en spirale avec un méso-salpinx long.

L'appendice est parfois adhérent à la masse tubaire quand la torsion s'est produite à droite. Sa pointe est

alors rouge, mais les lésions qu'il peut présenter ne permettent pas de lui attribuer les accidents péritonéaux observés.

Si l'on fait une coupe, on constate que les lésions histologiques peuvent se résumer à peu de choses. On constate, le plus souvent, une congestion intense des vaisseaux, une dilatation veineuse considérable, quelquefois des ruptures vasculaires avec infarctus hémorragique massif qui peut s'accompagner de nécrose des tissus.

La lumière de la trompe est, le plus souvent, élargie, les parois sont lisses et contiennent du sang liquide et des caillots.

L'intervention a toujours consisté par l'ablation de cette trompe avec ou sans conservation de l'ovaire. Opération minime, mais nécessaire.

Certains ont pratiqué la simple détorsion de cette trompe, mais il nous a semblé que les indications de cette opération absolument conservatrice ne se sont jamais posées dans les cinq cas observés.

D'ailleurs, de par sa structure, la vitalité de la trompe est trop précaire et il semble qu'il existe une tendance à la reproduction de cette torsion.

Essais de Pathogénie

Malgré les recherches entreprises, les circonstances étiologiques et pathogéniques qui président à la torsion tubaire restent particulièrement obscures.

On a discuté pour savoir si une torsion pouvait se produire sur une trompe saine.

Au contraire, faut-il que cette trompe soit pathologique ?

Il semble bien que oui, et nous entendrons par pathologique non pas obligatoirement des lésions infectieuses (salpingite ou hydro-salpinx) mais plus exactement des anomalies congénitales (bilatéralité) ou des dispositions morphologiques spéciales, comme une mobilité anormale de la trompe due à un méso-salpinx spécialement long.

Il est certain que seules des études histologiques minutieuses ou, mieux, des injections de lipodiol en série pourraient amener quelque clarté sur le mécanisme de cette torsion.

Nous ne voulons pas évoquer ici les diverses théories évoquées. Il faut bien reconnaître, en effet, que la diversité et la complexité des mécanismes incriminés montre que nous en ignorons tout, comme du reste de tous les mouvements anormaux des viscères à fibres musculaires lisses.

Conclusion

En résumé, ainsi qu'il en a été longtemps pour la grossesse extra-utérine, avec la rupture de laquelle le diagnostic surtout est à faire, de même qu'avec celui de l'appendicite aiguë : pour identifier une torsion tubaire, il faut surtout y penser.

La coexistence de la période cataméniale chez une femme normalement réglée est, semble-t-il, le meilleur des éléments de différenciation des centres syndromes péritonéaux à grand fracas de la région sous-ombilicale.

Mais si le diagnostic cansal reste délicat, l'indication thérapeutique est criante l'impérieuse nécessité de pratiquer une laparotomie d'urgence. Celle-ci doit être normalement suivie de guérison rapide.

Temporiser est faire courir à la patiente les plus graves aléas.

Dans le Service du docteur SÉNÉCHOL, nous pratiquons une incision cutané-aponévrotique curviligne transversale qui donne les meilleurs résultats.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu :
Le Président de Thèse,
L. TANON

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY

Bibliographie

- BLOCK (F. B.) et MICHEL (M. A.). — Torsion de la trompe normale (*amér. Journ. of Obstet. and gynec.*, août 1933 In; *La Gynécologie et la Semaine des Praticiens réunis*, novembre 1935).
- COTTALORDA. — Torsion de la trompe saine en relation possible avec un traumatisme (*Société d'obstétrique et de gynécologie de Marseille*, séance du 14 juin 1932, *Marseille Médical*, n° 20, 15 juillet 1932).
- COTTE (G.). — Torsion de la trompe droite (*Société de chirurgie de Lyon*, séance du 7 mai 1931).
- DESSARD. — La torsion intra-abdominale des annexes saines (*Thèse de Nancy*, 1934).
- DESJACQUES et DOUCET BON. — Inondation péritonéale par torsion d'une trompe saine (*Lyon Chirurgical*, 32; 205-206, mars-avril 1935).
- GUIMBELLOT. — Torsion des annexes saines (*Société de Chirurgie*, séance du 8 janvier 1930).
- HAMANT (A.) et VICHARD. — A propos des torsions tubaires (*Bull. de la Soc. d'obstét. et de gynec.*, 23; 159-161, février 1934).
- LEBOIS (Fernande). — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale de la trompe utérine saine (*Thèse de Paris*, 1931, éd. Amédée Le-grand).

MOUCHET (Albert). — Torsion de l'ovaire droit dans un sac herniaire inguinal simulant un étranglement intestinal (*La Presse Médicale*, 18 octobre 1930, p. 1427).

NINI (M.). — Torsion successive à trois ans d'intervalle de l'ovaire et de la trompe droits sains chez une même jeune fille (*Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, séance du 13 novembre 1935, n° 30, 23 novembre 1935).

PAOLI et VAN CUYCK. — Torsion de la trompe saine (*Société de Chirurgie de Marseille*, n° 1, janvier 1931, page 36).

REGARD (J.). — La torsion des trompes utérines (Impr. de Trévoux, près de Lyon, 1932, *Thèse*).

SALMON et MOSINGER. — Torsion des annexes avec kystes du parovaire (Communication du 18 juin 1934, in; *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, juin 1934, n° 6, p. 277).

SANTY (P.). — A propos des torsions des annexes saines (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 19 mars 1931, et septembre-octobre 1931).

SÉNÉCHAL (M.). — Etude expérimentale de la torsion de la trompe utérine saine (*I^{er} Congrès français de Gynécologie*, Paris, 3-5 octobre 1932, *Presse Médicale*, n° 91, 12 novembre 1932).

SORREL (E.), OBERTHUR (H.) et LOUTSCH. — Torsion des annexes saines chez l'enfant (*Bulletin et Mémoires de la Société nat. de Chirurgie*, 58; 909-913, 18 juin 1932).

ALLAINES (D') et PAVIE. — Torsion de la trompe saine chez une jeune fille (*Soc. Anatomique de Paris*, séance du 5 juillet 1928, in; *Annales d'Anatomie Pathologique*, t. V, n° 7, 1928, p. 781).

HARTMANN et REYMOND. — La torsion du pédicule des salpingo-ovarites (*Annales de Gynécologie*, 1898, p. 160).

ROCHER et JEANNENAY. — Torsion de la trompe (*Soc. nationale de Chirurgie*, Paris, 24 février 1926).

SIREDEY. — De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines (*Thèse de Paris*).

STOIANOVITCH. — De la torsion de la trompe utérine saine (*Thèse de Paris*, 1926, Jouve, édit.).

VINCENT. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu et rompu (*Lyon Médical*, 10 février 1901).

VON GRAFF. — Atresie und torsion einer tube (*Aéch. f. Gynäk. Berlin*, 1911, 142-150, XCIII).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Définition	12
Les Observations	13
Observation I	13
Observation II	15
Observation III	17
Observation IV	19
Observation V	20
Etude des observations	23
Diagnostics	24
Etude des lésions constatées à l'intervention	27
Essais de Pathogénie	29
Conclusions	30
Bibliographie	32
